

Ihre Kontaktdaten

Name, Vorname:

Anschrift:

Einwilligungserklärung (gem. Art. 7 DSGVO)

Zur Aufgabenerfüllung erlaube ich der Beauftragen Person der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen des Landes Brandenburg die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. Datenverarbeitung bedeutet insbesondere das Erheben, das Speichern, die Verwendung, die Übermittlung, die Offenlegung und das Löschen von personenbezogenen Daten.

Meine Einwilligung gilt nur für die folgenden Zwecke der Datenverarbeitung sowie für die folgenden personenbezogenen Daten/Datenkategorien:

Wahrnehmung der Aufgaben nach § 6 Abs. 1 Gesetz zur Ausführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB IX) durch die Clearingstelle

- Stammdaten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse, weitere Kontaktdaten wie Email, Telefon)
- Notwendige Falldaten abhängig von Ihrem Anliegen (z.B. Beeinträchtigungen, Art und Umfang von Leistungen der Eingliederungshilfe)

Meine Einwilligung in die Datenverarbeitung erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung verweigern kann und mir dadurch keine rechtlichen Nachteile entstehen. Ferner habe ich das Recht, meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an: Die Beauftragte Person der Landesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderungen des Landes Brandenburg
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz
Henning-von-Tresckow-Str. 2-13
14467 Potsdam

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die vorbeschriebene Verarbeitung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu den genannten Zwecken ein und bestätige die Kenntnisnahme der beigefügten Information zum Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Betroffenen / gesetzliche/r Vertreter/in